



DOMANDA DI ACCOGLIENZA

Il modulo necessario per presentare la Domanda di Accoglienza ai servizi gestiti dalla Fondazione Istituto Geriatrico "La Pelucca" o.n.l.u.s. è costituito da tre parti:

- una **DOMANDA DI INSERIMENTO** da compilare a cura dell'interessato o dei familiari
- una **INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI** (Privacy) da compilare a cura dell'interessato e di tutti i familiari che lasciano i propri dati
- una **SCHEDA SANITARIA** da far compilare al Medico

La **Domanda di Accoglienza**, e **i moduli Privacy compilati da tutti coloro che lasciano i propri dati**, possono essere consegnati presso:

- i Centralini della Fondazione tutti i giorni dalle 9.00 alle 18.00; gli operatori del Centralino rilasciano apposita ricevuta di consegna
- l'Ufficio Accoglienza della Fondazione dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30 **previo appuntamento**; la responsabile dell'Ufficio Accoglienza è a disposizione per un colloquio informativo al momento della consegna
- inviati tramite mail all'indirizzo accoglienza@fondazioneapelucca.org

Al momento dell'ingresso, la persona anziana e il suo familiare o tutore si impegnano a:

- sottoscrivere il contratto di ricovero
- versare una cauzione pari a una retta
- liquidare mensilmente la retta

La signora Maria Arena, responsabile dell'Ufficio Accoglienza, è a disposizione, su appuntamento, per un incontro di orientamento (anche telefonico o in videocall) con la persona anziana e con i familiari per valutare insieme le possibilità che offriamo.

Durante il colloquio è anche possibile visitare le strutture e i servizi. SOSPESO CAUSA EMERGENZA COVID-19

Per fissare l'appuntamento potete scrivere a accoglienza@fondazioneapelucca.org o telefonare al n° **02.24.83.240**.

Per informazioni circa la possibilità di contributo economico vi potete rivolgere a:

- Servizio Anziani e Disabili del Comune di Sesto S. G., via B. Croce 84, il martedì e il giovedì dalle 9 alle 12 (per i residenti a Sesto S. G.)

Le rette per i nostri servizi sono le seguenti:

**Residenza Sanitaria Assistenziale La Pelucca
via Campanella 8 ! 'GYghc'GUb';]cj Ubb]**

| | |
|---|---------|
| Camera (residenti a Sesto S. G.) | € 91,00 |
| Camera (non residenti a Sesto S. G.) | € 92,00 |
| Camera Nucleo Alzheimer (residenti a Sesto S. G.) | € 93,00 |
| Camera Nucleo Alzheimer (non residenti a Sesto S. G.) | € 93,50 |
| Camera singola (residenti a Sesto S. G.) | € 93,00 |
| Camera singola (non residenti a Sesto S. G.) | € 93,00 |

**Residenza Sanitaria Assistenziale Monsignor Olgiati
via Boccaccio 354 ! 'GYghc'GUb';]cj Ubb]**

| | |
|---|---------|
| Camera (residenti a Sesto S. G.) | € 91,00 |
| Camera (non residenti a Sesto S. G.) | € 92,00 |
| Camera Nucleo Alzheimer (residenti a Sesto S. G.) | € 93,00 |
| Camera Nucleo Alzheimer (non residenti a Sesto S. G.) | € 93,50 |
| Centro Diurno Integrato (retta giornaliera) | € 30,50 |
| (retta giornaliera con trasporto) | € 32,00 |

DOMANDA DI INSERIMENTO UNIFICATA PRESSO I CDI ASL MILANO

PER IL SIG./LA SIG.RA

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

Codice Fiscale _____ Età ____ Genere: M F

Numero documento di identità _____ Scadenza ____ / ____ / ____

Codice Esenzione _____

ASL di appartenenza _____ Distretto _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Se residente a Milano, zona di appartenenza: _____

Recapito Telefonico _____

Cittadinanza _____

Religione _____

Compilare solo se occorre

- Domicilio differente dalla residenza:

Domiciliato in _____ CAP _____

Via / Corso _____

- Se cittadino extracomunitario: Permesso di soggiorno sì no Scadenza ____ / ____ / ____

RICHIEDENTE

(COMPILARE SOLO SE DIVERSO DAL DIRETTO INTERESSATO ALL'INSERIMENTO PRESSO IL CDI)

Cognome e Nome _____

Data di nascita ____ / ____ / ____ Luogo di nascita _____

CF _____

Residente in _____ CAP _____

Via / Corso _____

Recapiti telefonici: _____

E-mail: _____@_____.

Altri riferimenti: _____

In qualità di _____

FREQUENZA SETTIMANALE RICHIESTA

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Un giorno | <input type="checkbox"/> Mezza giornata |
| <input type="checkbox"/> Due giorni | <input type="checkbox"/> Giornata intera |
| <input type="checkbox"/> Tre giorni | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Quattro giorni | |
| <input type="checkbox"/> Cinque giorni | |
| <input type="checkbox"/> Sei giorni | |
| <input type="checkbox"/> Sette giorni | |

SERVIZIO DI TRASPORTO

- andata ritorno non richiesto

MOTIVAZIONE RICHIESTA INSERIMENTO

| CON CHI VIVE |
|--|
| <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Coniuge <input type="checkbox"/> Figli <input type="checkbox"/> Altri parenti: _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Badanti Presenza: _____ _____ |
| <input type="checkbox"/> Altro: _____ _____ |

| TUTELA |
|---|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> Amministrazione di sostegno <input type="checkbox"/> In corso <input type="checkbox"/> Numero decreto: _____ <input type="checkbox"/> Altro: _____ |
| Nome e Cognome AdS/Tutore: _____ _____ |
| Qualifica: <input type="checkbox"/> Familiare: _____ <input type="checkbox"/> Altro (specificare qualifica; ad esempio: Funzionario del Comune, Avvocato nominato dal Tribunale, etc.) _____ _____ |
| Recapiti: _____ _____ |

| SITUAZIONE ABITATIVA |
|---|
| <input type="checkbox"/> Presenza barriere architettoniche <input type="checkbox"/> Altre difficoltà di accesso per il servizio di trasporto: _____ |
| <input type="checkbox"/> Presenza ascensore <input type="checkbox"/> Presenza servizi portierato |

| CONVENZIONE |
|---|
| <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, con il seguente ente: _____ _____ |

| COME E' VENUTO A CONOSCENZA DEL CDI |
|---|
| <input type="checkbox"/> Direttamente <input type="checkbox"/> Assistente Sociale <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale (medico curante) <input type="checkbox"/> Medico specialista _____ <input type="checkbox"/> Passaparola <input type="checkbox"/> Pubblicità <input type="checkbox"/> Eventi/manifestazioni <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Associazioni / Altro _____ |

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA RICHIESTA DI INSERIMENTO:

- ↳ CARTA DI IDENTITÀ/PERMESSO DI SOGGIORNO SE CITTADINO EXTRACOMUNITARIO, IN CORSO DI VALIDITÀ
- ↳ CODICE FISCALE/TESSERA SANITARIA

Ai sensi del D.L.gs.196 del 2003 si informa che i dati indicati saranno utilizzati esclusivamente al fine di comunicazione / informazione per le finalità inerenti alla gestione del rapporto medesimo, come regolamentato nella relativa informativa della Struttura ricevente.

FIRMA DEL RICHIEDENTE: _____

PARTE DA COMPILARE INSIEME AD UN OPERATORE DEL CDI

Cognome e Nome Ospite _____

SITUAZIONE FAMILIARE

- Coniugato/a
- Divorziato/a
- Celibe/nubile
- Separato/a
- Vedovo/a
- Non dichiarato
- Altro:

- Fratelli (N:)
- Sorelle (N:)

- Figli (N:)
- Figlie (N:)

SITUAZIONE ECONOMICA

- Nessuna pensione
- Anzianità/vecchiaia
- Minima/sociale
- Guerra/infortunio sul lavoro, etc.
- Reversibilità

- In attesa di invalidità
- Invalidità

↳ Codice: _____

↳ Percentuale: _____ %

↳ Indennità accompagnamento

SI NO

in attesa di accompagnamento

LIVELLO DI ISTRUZIONE

- Nessuno
- Licenza elementare
- Diploma medie inferiori
- Diploma medie superiori in

Laurea in:

Altro:

PROFESSIONE PRE PENSIONAMENTO

- Casalinga
- Agricoltore
- Operaio, ambito _____
- Impiegato, ruolo _____
- Artigiano, ambito _____
- Insegnante, in _____
- Imprenditore, ambito _____
- Libero Professionista, _____
- Altro _____

RICHIESTA DI INSERIMENTO (CDI WEB)

- Assistente sociale
- Familiare/affine
- MMG
- Medico ospedaliero/specialista
- Propria
- Soggetto civilmente obbligato

MOTIVAZIONE INSERIMENTO (CDI WEB)

- Alloggio non idoneo
- Altra motivazione sociale
- Insufficiente supporto familiare
- Perdita autonomia (decorso degenerativo)
- Solitudine
- Stabilizzazione stato clinico (post acuzie)

PROVENIENZA (CDI WEB)

- Dal domicilio
- Da istituto di ricovero per acuti
- Da struttura sociale
- Da istituto di riabilitazione
- (compresi ex drg 5000/2007)
- Da CSS
- Da RSA
- Da RSD

TIPOLOGIA DI POSTO (CDI WEB)

- Autorizzato
- Accreditato
- Accreditato e contrattualizzato

Altro: _____

SERVIZI SOCIO SANITARI

Servizi Socio Sanitari attivi: NO SI (specificare):

Servizi sociali territoriali _____

Assistente sociale: _____

Recapiti: _____

Tipo di servizi usufruiti: _____

Custode sociale – Portierato Sociale _____

ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) _____

RSA (Residenza Sanitaria Assistenziale) _____

RSA Aperta _____

CPS (Centro Psico Sociale) _____

Associazioni di volontariato _____

Altro (ad esempio: telesoccorso, etc.) _____

ANALISI DEI BISOGNI

↵ **Bisogni di tipo sociale**

- socializzazione per condizione di solitudine
- arricchimento rete sociale
- supporto familiare per problematiche di tipo sociale
- supporto familiare per difficoltà di tipo relazionale

↵ **Bisogni di tipo sanitario**

- somministrazione terapia farmacologica
- interventi medico-infermieristici
- attività di riattivazione/stimolazione funzionale (motoria/cognitiva)

↵ **Bisogni di tipo assistenziale**

- elevato carico assistenziale al domicilio
- disturbi del comportamento /disturbi di tipo psichiatrico

↵ **Eventuale attivazione di servizi all'interno della rete**

Data: ____ / ____ / 20__ Firma del compilatore _____



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

**Ai sensi degli artt. 12 e 13 del Reg. UE 2016/679
(Regolamento in materia di protezione dei dati personali)**

Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus

LA INFORMA CHE

A. Titolare del trattamento

Il titolare del trattamento dei dati è Fondazione Istituto Geriatrico La Pelucca onlus (di seguito Fondazione) con sede legale in Sesto San Giovanni (MI) via Tommaso Campanella 8/10 Codice Fiscale 85001850156 Partita IVA 00987080967 telefono 02.2483240 pelucca@pec.it, a cui ci si può rivolgere per far valere i propri diritti, anche direttamente all'indirizzo privacy@fondazionepelucca.org.

L'elenco dei Responsabili dei trattamenti è disponibile negli uffici amministrativi della Fondazione.

B. Finalità del trattamento

1) I dati saranno trattati per lo **svolgimento dei servizi richiesti** alla Fondazione o delle attività previste dal contratto e per i dovuti adempimenti amministrativi; a solo titolo esemplificativo e non esaustivo si citano ad esempio: servizi di RSA, CDI, Hospice, assistenza domiciliare, consulenza, fornitura di beni e servizi.

I dati saranno inoltre trattati al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché alle disposizioni impartite dalle autorità a ciò legittimate dalla legge.

2) I dati potranno essere trattati **in forma anonima** al fine di svolgere indagini epidemiologiche e similari, per fini di ricerca scientifica e/o per sondaggi inerenti alla qualità delle prestazioni ricevute dalla Fondazione.

3) Infine i dati potranno essere trattati per fini di **informazione e promozione** della Fondazione (ad esempio inviti ad eventi, pubblicazione di immagini sul sito o sui social network).

C. Modalità di trattamento

Il trattamento dei dati potrà essere effettuato in forma cartacea ed elettronica, con accesso consentito solo agli operatori autorizzati dalla Fondazione.

D. Destinatari dei dati

I suoi dati possono essere comunicati per le finalità di cui sopra, ai responsabili ed incaricati del trattamento della Fondazione, alle aziende che forniscono servizi alla Fondazione necessari per lo svolgimento della propria attività, ad altri soggetti competenti secondo quanto richiesto dalla normativa vigente.

Inoltre essi possono essere comunicati alle forze di polizia, all'autorità giudiziaria, o ad altri soggetti pubblici per finalità di difesa o di sicurezza dello Stato o di prevenzione, accertamento o repressione di reati.

E. Periodo di conservazione

I dati saranno conservati fino al termine del rapporto contrattuale o del servizio svolto dalla Fondazione.

I dati saranno poi conservati nell'archivio corrente della Fondazione fino ai termini previsti dalla legge e, se di rilievo, a tempo indeterminato nell'archivio storico della Fondazione.

F. Diritti degli interessati

In ogni momento potrà esercitare i suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ovvero: accesso ai dati, rettifica e integrazione dei dati, cancellazione dei dati (se non in contrasto con la normativa vigente), portabilità dei dati (cioè ricevere i propri dati in un formato elettronico leggibile o trasmetterli ad altro titolare), limitazione del trattamento, diritto di presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante).

G. Conseguenze del mancato consenso al trattamento

Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia gli stessi sono indispensabili per lo svolgimento delle attività di cui al **punto B1** e pertanto il mancato conferimento può comportare per la Fondazione un impedimento nel fornire i servizi richiesti o a sottoscrivere il rapporto contrattuale.

Il consenso al trattamento per fini scientifici, di ricerca, di informazione e promozione (**punti B2 e B3**) è facoltativo e il mancato consenso non preclude in alcun modo la fornitura dei servizi richiesti o la sottoscrizione del rapporto contrattuale.

L'interessato ha diritto in qualsiasi momento di modificare o revocare i consensi dati per ciascuno dei trattamenti rivolgendosi alla Fondazione.



Ente Gestore Fondazione "La Pelucca"
**INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO
DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

H. Categorie di dati trattati

| | | |
|--|--|-----------------------------|
| Dati anagrafici | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati bancari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati biometrici (comprese le immagini) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati culturali-sociali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati economico-finanziari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati genetici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati giudiziari-penali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati politici-sindacali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati razziali-etnici | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati religiosi | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati sanitari | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| Dati sessuali | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

CONSENSI AL TRATTAMENTO DEI DATI

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

C.F. _____ NATO A _____ IL ___ / ___ / _____

RESIDENTE A _____

IN QUALITÀ DI

OSPITE

TUTORE/AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO/FAMILIARE DEL/LA SIG./RA _____

ALTRO (specificare) _____

DOPO AVER PRESO VISIONE DELLE INFORMAZIONI DI CUI SOPRA

DICHIARA

DI DARE IL CONSENSO

DI NEGARE IL CONSENSO

AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B1**

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO

DI NEGARE IL CONSENSO

AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B2**

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

DI DARE IL CONSENSO

DI NEGARE IL CONSENSO

AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, NEI MODI E PER LE FINALITÀ SOPRA INDICATE AL **PUNTO B3**

DATA ___ / ___ / _____

FIRMA _____

SCHEDA SANITARIA DI INGRESSO PRESSO I CDI ASL MILANO

La scheda sanitaria di ingresso è valida per l'inserimento in tutti i Centri Diurni Integrati del territorio dell'ASL Milano. Il suo obiettivo è quello di fornire un quadro sintetico ma esaustivo delle condizioni cliniche del Suo assistito al fine di valutare l'idoneità di inserimento presso il CDI.
La scheda sanitaria deve essere compilata in maniera completa e leggibile.

Cognome e Nome

Data di nascita/ / **luogo di nascita**

QUADRO CLINICO

PATOLOGIE PRINCIPALI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

MALATTIE INFETTIVE CONTAGIOSE (IN ATTO)

.....

.....

INTERVENTI CHIRURGICI PREGRESSI

.....

.....

RICOVERI OSPEDALIERI E RIABILITATIVI (NEGLI ULTIMI 12 MESI)

.....

.....

ASPETTI CLINICO – FUNZIONALI (* È possibile barrare più caselle)

| | |
|---------------------------------------|---|
| Autonomia nel movimento* | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> utilizzo in modo autonomo degli ausili per il movimento <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante per la deambulazione <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per la mobilizzazione in carrozzina/poltrona <input type="checkbox"/> necessita dell'uso del sollevatore |
| Utilizzo ausili per la deambulazione* | <input type="checkbox"/> bastone <input type="checkbox"/> deambulatore / girello <input type="checkbox"/> carrozzina <input type="checkbox"/> altro..... |
| Incontinenza urinaria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Catetere vescicale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Incontinenza fecale | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Stomia, sede:..... |

| | |
|---|--|
| Ossigenoterapia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> continua <input type="checkbox"/> discontinua |
| Tracheostomia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Lesioni da pressione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV Sede:Stadio: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV |
| Altre lesioni cutanee (incluse ferite chirurgiche) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, sede: |

| | |
|-------------------|---|
| Cadute ricorrenti | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: |
|-------------------|---|

DEFICIT SENSORIALI

| | |
|-------------------|---|
| Ipovisione/cecità | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI Specificare: |
| Ipoacusia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Corretta con protesi |

DISTURBI COGNITIVI, COMPORTAMENTALI, DELL'UMORE E PROBLEMI PSICHIATRICI

| | | |
|--|--|--|
| Deficit di memoria | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Disorientamento <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> temporale <input type="checkbox"/> spaziale |
| Disturbi del linguaggio e della comunicazione | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | |
| Crisi d'ansia / attacchi di panico | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Deflessione del tono dell'umore <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Deliri | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Allucinazioni <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Aggressività | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> fisica <input type="checkbox"/> verbale | |
| Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> Inversione ritmo sonno-veglia | |
| Wandering (cammino afinalistico) /affaccendamento | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Tentativi di allontanamento inconsapevole /tentativo di fuga <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Utilizzo di mezzi di protezione e tutela (contenzioni) | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | |
| Etilismo/potus | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso | |
| Abuso/dipendenza da sostanze: | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> attuale <input type="checkbox"/> pregresso Di che tipo: | |
| Tentato suicidio | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: indicare la data:/ / | |
| In carico presso CPS o altri servizi psichiatrici | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | |
| Eventuali note e osservazioni: | | |
| | | |
| | | |

PROBLEMI E CONDIZIONI CORRELATE ALL'ALIMENTAZIONE

| | | | |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Autonomia nell'alimentazione | <input type="checkbox"/> senza aiuto/sorveglianza <input type="checkbox"/> necessita di aiuto per azioni complesse (tagliare, versare, aprire, etc.) <input type="checkbox"/> necessita di aiuto costante nell'alimentarsi /necessita di imboccamento | | |
| Edentulia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI: | Protesi: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore Scheletrato: <input type="checkbox"/> Inferiore <input type="checkbox"/> Superiore | |
| Rifiuto del cibo | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | | |
| Disfagia | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI | Cibi frullati o omogeneizzati | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI |
| Dieta specifica | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: | | |
| Peso corporeo: kg | | Altezza: cm | |
| Eventuali note e osservazioni: | | | |
| | | | |

| | |
|----------|---|
| Allergie | <input type="checkbox"/> non note <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI, di che tipo: |
|----------|---|

TERAPIA

- Non assume terapia farmacologica
- Terapia in atto ed orari di somministrazione:

| NOME FARMACO | DOSAGGIO | QUANTITÀ | TIPO | ORARIO DI ASSUNZIONE |
|--------------|----------|----------|------|----------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EVENTUALI TERAPIE OCCASIONALI/AL BISOGNO (SPECIFICARE L'INDICAZIONE)

.....
.....
.....
.....

ALTRI TRATTAMENTI TERAPEUTICI E/O EVENTUALI APPROFONDIMENTI:

.....
.....
.....
.....

| | |
|--|--|
| <p>Nome e Cognome medico curante:</p> <p>Recapito</p> <p>tel. diretto.....</p> <p>fax</p> <p>e-mail diretta:@.....</p> | <p>Timbro e firma del medico curante</p> |
|--|--|

Data di compilazione: / / 20.....